

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018				
Dependencia:	SECRETARIA DE HACIENDA				Fecha:	20/3/2026			
ACTO ADMINISTRATIVO									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$98,500,000.00		Valor a Pagar:	\$9,850,000.00				
	Número:	1324	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026	Fecha de iniciación:	Ene 21 2026			
	N° CDP:	102	Fecha:	Ene 8 2026	Fecha de terminación:	Nov 20 2026			
	N° RP:	1352	Fecha:	Ene 21 2026	Duración:	Meses 10 Días 0			
	Rubro Presupuestal:	Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion - Administración, fortalecimiento y c.			Periodo a pagar:	Feb 21 2026 - Mar 20 2026			
	Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de Servicios Profesionales Especializados para el desarrollo de actividades propias del proyecto de inversión denominado ADMINISTRACIÓN, FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.								
FORMA DE PAGO:	El valor total estimado del contrato es la suma de NOVENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$98.500.000) M/CTE; los cuales serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$9.850.000) M/CTE), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.								
	El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor.								
	PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar y factura (cuando aplique).								
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA									
Nombre:	LUIS FELIPE NAVARRO ZUÑIGA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1042426553	DV.		
Dirección:	0								
Número de Teléfono:	00000000	FAX:		CEL.	0000000000				
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	X	Número:	76943156341	Banco:	BANCOLOMBIA	
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		Regimen:	N.A.		
		Gran Contribuyente:		Autoretenedor:					
		He verificado de esta información frente al RUT:			SI:	x	NO:		
INFORME DEL SUPERVISOR									
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:			SI:	X	NO:	# de folios:		
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:			SI	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:	SI	Fecha:		
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas:			Ninguna					
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:								
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión					
	Valor pagado	\$492,500.00	Periodo	FEBRERO	Valor pagado	\$630,400.00	Periodo	FEBRERO	
	Comprobante de pago Número:	6008007780			Comprobante de pago Número:	6008007780			
	Fecha de pago:	Feb 19 2026			Fecha de pago:	Feb 19 2026			
	Aportes a ARL			NOTA:					
	Valor pagado	\$20,600.00	Periodo	FEBRERO	Ninguna				
	Comprobante de pago Número:	6008007780							
Fecha de pago:	Feb 19 2026								
	Persona Jurídica:			Anexa Certificación del Revisor Fiscal:				SI:	NO:
SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.								
APLICACION RETENCION	Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".								

Anexos: Copia de aporte de pensión SI Copia de aporte de salud SI Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA: 66D92673-548E-4372-AB42-0E42063FB8F9

NOMBRE CONTRATISTA: LUIS FELIPE NAVARRO ZUÑIGA

C.C.: 1042426553



FIRMA SUPERVISOR 2F13171C-6B63-4383-9B65-2F80AB76FDE2

NOMBRE SUPERVISOR: LANNY KAROL QUINTERO JARABA

CARGO: SECRETARIA DE HACIENDA

